



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el
Hospital Militar Central durante el periodo de enero a
diciembre del 2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Rene Vladimir ECHAJAYA SICHA

ASESOR

Dr. Juan Aurelio OBANDO RODRIGUEZ

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Echajaya, R. Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

CODIGO ORCID DEL AUTOR:

NO TIENE

CODIGO ORCID DEL ASESOR:

0000-0003-0033-5444

DNI DEL AUTOR:

70553538

GRUPO DE INVESTIGACION:

NINGUNO

INSTITUCION QUE FINANCIA PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACION:

NINGUNO

UBICACIÓN GEOGRAFICA DONDE SE DESARROLLO LA INVESTIGACION:

HOSPITAL MILITAR CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER- AV. FAUSTINO
SÁNCHEZ CARRIÓN, JESÚS MARÍA, LIMA-PERU. COORDENADAS: LATITUD:
-12.0863349, LONGITUD: -77.0613348. CÓDIGO POSTAL: 15076

AÑO O RANGO DE AÑOS QUE LA INVESTIGACION ABARCÒ:

ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2018



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

Siendo las 12:00 horas del día veintiocho de junio del año dos mil diecinueve, en el aula 3-B de Pabellon de Aulas de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los doctores: José Wilfredo Roca Mendoza (Presidente), Justa Danitza Fernández Oliva (Miembro), William Antonio Prado Cisneros (Miembro) y Juan Aurelio Obando Rodríguez (Asesor).

Se realizó la exposición de la Tesis titulada **"PREVALENCIA DE CESÁREAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018"**, presentado por don **René Vladimír Echajaya Sicha**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de... Quince (15).

Dr. José Wilfredo Roca Mendoza
Presidente

Dra. Justa Danitza Fernández Oliva
Miembro

Dr. William Antonio Prado Cisneros
Miembro

Dr. Juan Aurelio Obando Rodríguez
Asesor



DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mis queridos padres y hermano, por todo el apoyo trascendental que me brindaron día a día durante los años de mi vida universitaria para seguir adelante y cumplir con mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por el apoyo incansable, la confianza depositada en mi y su inmenso esfuerzo para que pueda lograr culminar esta etapa de mi vida profesional.

A mi hermano, por su incondicional apoyo y las palabras de motivación para superar los problemas personales y familiares.

A mi asesor, Dr. Juan Aurelio Obando Rodríguez, por brindarme su apoyo desinteresado y el tiempo que dedicó en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mi Facultad de Medicina San Fernando, por ser el lugar donde gracias al conocimiento vertido por sus docentes pude recibir una formación integrada sobre mi carrera profesional.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Índice general	III
Lista de tablas	V
Lista de gráficos	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Objetivos de la investigación	3
1.3 Justificación de la investigación	4
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	11
3. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de investigación	18
3.2 Población y muestra	18
3.2.1 Unidad de análisis	18
3.2.2 Población y tamaño de muestra	18
3.2.3 Criterios de inclusión	18
3.2.4 Criterios de exclusión	19
3.3 Operacionalización de variables	19
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5 Plan de recolección de datos	19
3.6 Análisis estadístico de los datos	20
3.7 Consideraciones éticas	20

4. RESULTADOS	21
5. DISCUSIÓN	39
6. CONCLUSIONES	43
7. RECOMENDACIONES	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
9. ANEXOS	48

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de cesáreas en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 2. Medidas de tendencia central de la edad de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 3. Distribución en grupos etarios de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 4. Estado civil de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 5. Edad gestacional de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 6. Edad gestacional agrupada de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 7. Número de gestaciones de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 8. Indicaciones de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 9. Indicaciones de cesárea agrupadas según causa en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tabla 10. Tipo de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de cesáreas en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 2. Distribución mediante histograma de la edad de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 3. Distribución en grupos etarios de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 4. Estado civil de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 5. Edad gestacional de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 6. Edad gestacional agrupada de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 7. Número de gestaciones de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 8. Indicaciones de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 9. Indicaciones de cesárea según causa en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Gráfico 10. Tipo de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero - diciembre del 2018. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de investigación de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo retrospectivo corte descriptivo en una población conformada por 382 pacientes sometidas a cesárea, en quienes se indagó a través de sus historias clínicas la presencia de aspectos sociodemográficos y clínicos relacionados a la cesárea. Dicha información fue organizada por medio de una ficha de recolección de datos. El análisis de los datos se realizó con apoyo del programa SPSS versión 22. **Resultados:** Al analizar las 382 historias clínicas, se encontró que la prevalencia de cesárea fue de 66,6%. Entre las principales indicaciones de cesárea tenemos: cesárea anterior con un 36,1%, seguido por macrosomía fetal con un 11%, además distocia de presentación con un 6,3% y ruptura prematura de membranas con un 5,8%. El grupo etáreo más frecuente fue el de edad materna intermedia (de 19 a 35 años) con un 77,5%. Además la edad gestacional más frecuente fue la de 37 semanas con un 46,1%, asimismo un 96,9% de las gestantes cursaban por una gestación a término. Por último hubo un mayor número de cesáreas por emergencia el cual representó el 74,3%. **Conclusion:** La prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018 fue de 66,6% el cual sobrepasa el porcentaje recomendado por la OMS (10-15%).

Palabras clave: Cesárea, prevalencia, edad gestacional.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of caesarean sections in the Hospital Militar Central during the period of January - December 2018.

Materials and methods: A research study was carried out with a quantitative approach, a non-experimental design of a retrospective type, descriptive section in a population formed by 382 patients undergoing cesarean section, in whom the presence of sociodemographic and clinical aspects related to cesarean section was investigated through their clinical histories. This information was organized through a data collection form. The analysis of the data was carried out with the support of the SPSS program, version 22. **Results:** When analyzing the 382 clinical histories, it was found that the prevalence of cesarean section was 66.6%. Among the main indications for cesarean section we have: anaerous cesarea with 36.1%, followed by fetal macrosomia with 11%, also presenting dystocia with 6.3% and premature rupture of membranes with 5.8%. The most frequent age group was the intermediate maternal age (19 to 35 years) with 77.5%. In addition, the most frequent gestational age was that of 37 weeks with 46.1%, and 96.9% of the pregnant women were pregnant at term. Finally, there was a greater number of cesareans by emergency, which represented 74.3%. **Conclusion:** The prevalence of caesarean sections in the Central Military Hospital during the period from January to December 2018 was 66.6%, which exceeds the percentage recommended by WHO (10-15%).

Key words: Caesarean section, prevalence, gestational age.

1. INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1 Delimitación del Problema

El parto es la culminación del embarazo que de manera general, y en condiciones normales tiene una duración de 40 semanas. La cesárea es un método quirúrgico que se lleva a cabo en todas partes del mundo con el objetivo de disminuir los niveles de morbilidad en los recién nacidos y las madres, que bajo ciertas situaciones dificultan el parto por vía vaginal o es necesario culminar la gestación de manera urgente (1)

La OMS (desde 1985 hasta la actualidad) ha manifestado que si bien es cierto la cesárea viene a ser el método de elección cuando un parto vaginal no es viable, el porcentaje de éstas debería estar dentro del rango del 10% al 15% del total de partos, debido a los riesgos que implica realizar una cesárea (1). Es conocido entre los médicos y demás miembros del personal de salud de todo el mundo, con relación al índice de cesáreas, que este porcentaje ha ido aumentando con el transcurrir de los años llegando a ser considerado en países desarrollados y también en los que están en vías de desarrollo como la intervención quirúrgica más realizada en mujeres que se encuentran en edad reproductiva.

En “British Columbia Perinatal health Program: Caesarean Birth Task Force Report”, durante el 2008 en los Estados Unidos se realizó un estudio donde concluyó que las tasas de nacimientos culminados a través de una cesárea era de 31.1%, y se apreció un aumento hasta el 50% en los últimos 10 años. De la misma manera en los países de Asia como el caso de China, la cesárea equivale a un porcentaje alrededor del 40% de los nacimientos.

Dentro de América Latina, Belizan y col. informaron que la prevalencia de cesáreas está en aumento de una manera alarmante, y en la actualidad va más allá de los valores que recomienda la OMS. Entre los países de Latinoamérica es Chile quien encabeza la lista con un 40% de cesáreas llevada a cabo en la población materna, seguido por Brasil donde alcanza un 28%, Argentina llega a ser del 26% y México tiene un 25%.

Dentro de los estudios realizados en Perú, uno de ellos llevado a cabo por Távara Orozco L. se reporta que la prevalencia de cesárea para el año 2002 estaba por encima del 20%. Y según el ENDES del 2014 la incidencia de cesáreas aumentó de 22,4% a 29,6% en el periodo del 2009 al 2014; y esto es más preocupante en el contexto del sector privado donde el porcentaje llega hasta un 48.6%. Estas prevalencias dan a conocer que tienen un origen multicausal, debido en primer lugar a las indicaciones para una cesárea, ya que en muchos casos no tiene relación con un mal estado de salud de la madre y/o del feto, y con ello se puede concluir que hay influencia de las condiciones socioculturales, económicas, problemas legales, entre otros al momento de decidir realizar una cesárea.

Según “The American Congress of Obstetricians and gynecologist” (ACOG) refiere que en Estados Unidos en el año 2015, dentro de las indicaciones que con mayor frecuencia se asocia a la realización de una cesárea, están la presencia de una cesárea anterior, seguida de otras patologías como la mala presentación fetal y pérdida del bienestar fetal que equivalen al 85% del total. De otro lado British Columbia Perinatal Health Program desarrolló un estudio en Canadá, y concluyó que la distocia de presentación es la indicación que en mayor porcentaje lleva a que el parto termine en cesárea.

(2)

1.1.2 Formulación del problema

Es evidente que a nivel mundial existe una alta prevalencia de cesáreas y esto constituye una situación alarmante, y por lo cual el Perú no es ajeno a esta problemática ya que el índice de cesáreas también es alto.

La cesárea por el mismo hecho de ser un procedimiento quirúrgico conlleva a riesgos y complicaciones dentro de su realización, donde los que se verán perjudicados por una mala intervención quirúrgica serán la madre y/o hijo, y de esta manera se presenta un incremento de la mortalidad materna y neonatal.

La principal indicación para llevar a cabo una cesárea es dar solución una patología obstétrica y evitar su complicación, por lo tanto para llegar a tomar esa decisión es de suma importancia que tanto la madre como el médico estén de acuerdo ya que es un proceso, como se mencionó anteriormente, que involucra riesgos quirúrgicos y anestesiológicos por lo cual su completo beneficio se ve disminuido.

La determinación con respecto a la prevalencia de cesáreas y sus indicaciones no está bien esclarecida; es por ello que es necesario dar a conocer esta información y a través del estudio de las historias clínicas de las mujeres gestantes sometidas a cesárea durante el 2018 se llegó a formular la siguiente interrogante: “¿Cuál es la prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018?”.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General:

- Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero - diciembre del 2018.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el rango de edad más frecuente en las pacientes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero - diciembre del 2018.
- Determinar la edad gestacional más frecuente de las mujeres embarazadas al momento de ser sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero - diciembre del 2018.
- Reconocer las causas más frecuentes como indicación de cesárea en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero - diciembre del 2018.

1.3 Justificación de la investigación

La presentación del siguiente trabajo de investigación tiene como punto de importancia que la cesárea constituye actualmente un reflejo del sistema de salud, asociado a sus posibles repercusiones en el bienestar de la madre y/o niño.

En el Perú, existe poca evidencia con relación al aumento de la tasa de cesáreas que cada vez es más frecuente y con mayor desconocimiento en los hospitales de las fuerzas armadas y policiales. El Ministerio de Salud (MINSA), señaló que en el 2015 el parto institucionalizado alcanzó un valor de 89.2% a nivel nacional lo cual representa un significativo aumento, con un gran rango de variación cuando se compara las zonas urbanas con las rurales, y del mismo modo la tasa de cesárea expresa el mismo curso.

En la realización de una cesárea muchas veces se hace uso de procedimientos médico- quirúrgicos que no son necesarios y además en el ámbito de las clínicas e instituciones privadas se ha evidenciado en una tendencia al alza de la incidencia de cesáreas desde 1999-2002 que era de 28.6% a un preocupante 48.6% en el periodo del 2008 al año 2011.

Además de lo ya mencionado, la cesárea involucra la posibilidad que el recién nacido sufra alguna complicación mortal o en todo caso lo hace más proclive a padecer enfermedades como consecuencia de la intervención quirúrgica. Mac Dorman y col. establecen que muerte neonatal llega a ser 3 veces mayor en aquellos partos que son por cesárea en comparación con los que son por vía vaginal. Una conclusión similar fue encontrado en el trabajo de Villar et al. en el año 2010, además señala que las cesáreas son un factor que aumenta la probabilidad de que un recién nacido se complique y termine en cuidados intensivos”.

En conclusión, el desarrollo del presente trabajo tiene relevancia, ya que según los resultados encontrados se va a tener conocimiento de la situación actual con relación a la prevalencia de cesáreas en el hospital estudiado y de esta manera establecer algunas medidas que pueden contribuir a reducir dicha problemática

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Nacionales

En el marco de los estudios realizados en nuestro país se destaca el llevado a cabo por Gladys Patiño titulado: “Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes, 2011”. Este estudio se desarrolló con la base de datos de un hospital estatal (MINSA) y otro perteneciente a Essalud. En el hospital del MINSA se determinó que la incidencia de cesárea estuvo fluctuando en el rango de 35 % al 49 % durante los años 2006-2009, por otro lado, en el hospital de Essalud se encontró una prevalencia del 46 % en el año 2010. Las indicaciones más frecuentes de cesárea en el hospital del MINSA fue tener una cesárea anterior (20 %) y enfermedad hipertensiva del embarazo (13, 3%). En cambio en el de EsSalud fueron la presentación alta (20%) y ser cesareada anterior (10 %). (3)

El estudio realizado por Carpio Barón: “Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud, Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2014”, reveló que la prevalencia de cesárea en dicho hospital fue de 27,7%; y las indicaciones que se encuentran en mayor porcentaje son: Cesárea anterior (23,4%), presentación podálica (22,7%), desproporción céfalo-pélvica (21,4%) y el 90% del total de cesáreas se llevaron a cabo en gestantes a término. (4)

De acuerdo con el trabajo realizado por Galvez Liñan E. Lima 2014: “Tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del callao, enero-diciembre 2013”, señala que el índice de prevalencia de cesárea en el Hospital San José en el año 2013 fue de 42 %, de los cuales un 18% de cesáreas fueron de emergencia y el resto electivas. Además se determinó que las principales indicaciones de cesárea para este periodo fueron la desproporción céfalo-

pélvica y feto macrosómico con un 12 %, enfermedad hipertensiva del embarazo 9%, pérdida del bienestar fetal y alteraciones de la placenta 7% (5)

Un importante estudio fue el que realizó Bustamante-Núñez J. :“Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010 – 2011” en el cual se llegó a determinar que la frecuencia de cesáreas realizadas en dicho hospital fue de 33.6%, llegando a ser considerada una alta tasa; también se encontró que la principal indicación de cesárea fue el antecedente de cesárea anterior, además se encontró que hay relación entre las variables antecedentes de cesáreas y la indicación de cesárea absoluta. (6)

Otro trabajo de importancia fue el planteado por Manzano Espejo, quien llevó a cabo el siguiente estudio: “Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009”. En este estudio se llegó a determinar que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas fue del 45 %. Por otro lado, se determinó que la desproporción cefalopelvica es la que tiene mayor indicación y por el contrario el mayor número de hijos vivos y abortos previos son los que menor indicación tienen. (7)

En el trabajo de Albornoz Aliaga: “Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012” se llegó a determinar que la tasa de prevalencia de cesáreas en adolescentes en el 2010 alcanzó el valor de 44.6%, en el 2011 42.5% y en el 2012 fue de 38.8%. El 95,8% de las adolescentes estaban cursando la etapa de adolescencia tardía, y las restantes pertenecían a la Adolescencia temprana. Dentro de las causas de cesárea el Sufrimiento Fetal Agudo fue el de mayor importancia con un 9,6% y la mayoría de cesáreas se realizaron de emergencia (71,9%) (8).

De la misma manera Abad Pedro, realizó el estudio llamado “Cesárea en adolescentes del Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. 2015” en el cual se encontró que alrededor de un 20% de las gestaciones se desarrollaron en adolescentes y de ellas al 17,9% se le realizó la cesárea para culminar la

gestación, también se evidencio que la desproporción cefalopélvica y la distocia de presentación fueron las principales causas de cesárea. (9).

2.1.2 Antecedentes internacionales

En el ámbito mundial uno de los estudios a resaltar es el de MacDorman y Menacker F: “Cesarean birth in the United States: Epidemiology, Trends and Outcomes - 2012”, donde se indica que el valor de las cesáreas en los EEUU ha tenido un incremento de 20,7% en 2000 a 31,1% en el 2010, sobre todo en aquellas mujeres que no tenían ningún riesgo obstétrico que fueron sometidas a cesáreas electivas. Con relación a esto existen diferentes estudios que demuestran que hay mayor riesgo en la mortalidad neonatal y materna en cesárea cuando se compara con el parto vaginal. (10)

Otro trabajo importante que cabe mencionar es el de Estrada-Aguilar CG et al: “Incidencia de cesáreas en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Zacapu, Mexico-2010”, el cual es un estudio de tipo retrospectivo donde se evidenció que cesáreas representan un 70%, las causas más encontradas fueron cesárea iterativa (27,8%), desproporción cefalopélvica (25,6%) y sufrimiento fetal agudo (14,4%). (11)

En Sudamérica podemos indicar el estudio de Medina Pinto Sofia: “Incidencia e indicaciones de cesárea en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Dr. José R. Vidal., Argentina - 2011” encontrándose que la incidencia de cesáreas era de 32%, y las causas de mayor importancia fueron: cesárea anterior 30,9%, sufrimiento fetal agudo 16%, falta de progresión de trabajo de parto 9%, distocia de presentación 9%, al igual que negativa al parto 9%. (12)

De la misma manera Julián Librero desarrolló el siguiente estudio: “Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes” que fue realizado en hospitales públicos de Valencia durante el periodo 2008 a 2013. A su vez se clasificó a la población obstétrica en grupos de bajo y alto riesgo; en donde el grupo de bajo riesgo tuvo un porcentaje de cesáreas de

11,9%, por otro lado, la incidencia total fue de 24,4%. También se indica que el porcentaje de cesáreas puede ser usado como indicador de calidad de atención obstétrica. (13)

Del mismo modo en el trabajo de Villaverde Royo: “Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, Zaragoza- España, 2014” se halló que la incidencia de cesárea estuvo representado por el 22,7%, de los cuales el 18,9% era del grupo de mujeres de bajo riesgo, las cesáreas primarias de bajo riesgo llegaron a ser el 15,2% y el 3% eran aquellas cesáreas realizadas por primera vez en mujeres sanas y en partos que representaban un bajo riesgo obstétrico (14)

Otro estudio resaltante fue el de Astudillo Jarrín y Guillén Sarmiento: “Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Período 2013” donde se halló que el porcentaje de cesárea fue de 61,6%, prevalencia que está por encima de los parámetros recomendados por la OMS. Las participantes de dicho estudio se encontraba en el grupo etáreo de 20 a 30 años y de esta población la principal indicación para realizar la cesárea fue la de cesárea anterior (32,2%).(15) También un estudio de Varas J, Ana M , Patricio G: “Indicación de operación cesárea: desafío para los servicio de Obstetricia y Ginecología-Chile ,2012” se evidenció que durante el período 2004 - 2011 en el “Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Salvador” la frecuencia de intervenciones mediante cesárea estaba en el rango de 29% y 32%. Por otro lado, en el “Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse” entre los años 2005 - 2009 la prevalencia de cesáreas representó un 28,5% a 31,9%. (16)

A su vez en el trabajo de Muñoz-Enciso, Rosales-Aujang: “Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?, Aguas calientes-México 2011” llevado a cabo en los cuatro principales hospitales de nivel 2 de la jurisdicción de Aguas calientes, se llegó a encontrar que la incidencia global de cesárea fue de 40.3%, además se halló que las indicaciones para realizar una cesárea fueron más de 45. (17)

Otro trabajo de importancia es el que fue llevado a cabo por Hernández Gómez y Salazar Romano: “Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con operación cesárea, Guatemala -2014” donde se halló que las características clínico-epidemiológicas de las pacientes sometidas a cesárea fueron los siguientes: población en el rango de 20 a 24 años, con bajo nivel educativo (primaria), sin la mínima cantidad de controles prenatales, con antecedente de cesárea anterior, los cuales se relacionan con la alta prevalencia de pacientes que terminaron el parto a través de una cesárea.(18)

Dentro del ámbito de Latinoamérica, Morena SM realizó el siguiente trabajo: “Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica, 2013” donde participaron 24 hospitales entre nacionales, regionales y periféricos. Se determinó que el 19.4% corresponde a la tasa de cesárea y además la mitad de los hospitales donde se realizó el estudio llegaron a presentar tasas de cesárea por encima del porcentaje aceptado por la OMS. (19)

Otro estudio de relevancia fue realizado por Casagrandi C, Pérez P, Areces D, et al.: “Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea, Habana – Cuba, 2010”. En este trabajo de investigación hallaron que la prevalencia de cesáreas ha ido en aumento (de 19,3% a 28,2%, en el periodo 2002 al 2009, respectivamente). Las causas más importantes en 2002 fueron la desproporción céfalo-pélvica (13,1 %) y la mala presentación fetal (11,1 %), por otro lado, en el 2009 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y las complicaciones médicas asociadas (12,1 %). (20).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Definición

La cesárea es definida como la culminación del embarazo a través de una intervención quirúrgica por el cual se realiza una apertura operatoria del útero.

2.2.2 Clasificación

a) De acuerdo con los antecedentes obstétricos que tenga la paciente:

Primaria: cuando es la primera vez que se lleva a cabo.

Previa: cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Iterativa: cuando se realiza en pacientes que han tenido cesáreas en más de una oportunidad.

De acuerdo a la indicación médica:

Cesárea programada o electiva: Es aquella que se realiza antes que la paciente entre en trabajo de parto; por lo tanto en estos casos un control prenatal adecuado permitirá seleccionar a la gestante de riesgo con lo cual se podrá identificar las situaciones en las cuales el embarazo debe terminar en una cesárea.

b) Cesárea de emergencia: Se realiza cuando la madre o el feto presentan una patología aguda grave con riesgo vital para alguno de ellos o hay un mal pronóstico en el desarrollo neurológico fetal. A su vez este tipo de cesárea se puede considerar como absolutas o relativas según la causa.

Absolutas: Pérdida del bienestar fetal, desproporción céfalo-pélvica, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, prolapso de cordón, cesárea anterior y mala presentación fetal.

Relativas: Hipertensión durante el embarazo, trastornos durante el descenso y rotación del feto, parto prolongado por falta de dilatación, inducción fallida del parto.

2.2.3 Indicaciones

Los partos por cesárea en un comienzo estaban indicados cuando era necesario manejar la situación de la madre y el feto por separado con la idea de proteger la vida del feto de una paciente moribunda. Posteriormente se realizan con el objetivo principal de resolver complicaciones maternas o fetales por los cuales no puede terminar en un parto por vía vaginal, debido a trastornos de la contractibilidad o para beneficio materno y/o fetal.

Casi un 85 % de las cesáreas son debido a cesárea anterior, mala presentación fetal y pérdida del bienestar fetal. (21)

a) Causas maternas

- Distocia de partes óseas (desproporción cefalo-pélvica):
 - Estrechez pélvica.
 - Pelvis asimétrica o deformada.
 - Tumores óseos de la pelvis.
- Distocia de partes blandas:
 - Malformaciones congénitas.
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
 - Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
 - Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.
- Distocia de la contracción.
 - Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera)
 - Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus entre otras.

b) Causas fetales

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea post mortem

c) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia / Eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

d) Causas Ovulares:

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Placenta previa oclusiva total.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Oligohidramnios severo.
- Placentas Previas oclusivas parciales.
- RPM con infección ovular.
- Polihidramnios Severo.

2.2.4 Contraindicaciones

Existen pocas contraindicaciones que evitan llevar a cabo una cesárea. En ciertas situaciones un parto por cesárea no se puede realizar, como por ejemplo:

Cuando se ve comprometida la salud de la madre por una enfermedad sistémica severa.

Si el feto presenta una anomalía cromosómica conocida como por ejemplo trisomía 13 o malformación congénita que puede llevar a la muerte del recién nacido (anencefalia). (22,23)

2.2.5 Cesárea a solicitud de la madre

Actualmente hay la posibilidad de que la madre pida por voluntad propia culminar su parto a través de cesárea electiva pero su uso se encuentra en polémica. El 2013, el “Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el Comité de Práctica Obstétrica y en el 2006 Institutos Nacionales de Salud (NIH)” con los comités de consenso llegaron a la conclusión que no hay una evidencia sólida y concluyente que apoye este concepto por lo tanto se necesita más investigación. (23)

En lo que si concuerdan ambos comités es que cuando exista alguna indicación materna y/o fetal que haga necesario terminar el parto por medio de la cesárea éste se lleve a cabo, en caso contrario el parto vaginal es el que se recomienda (23,24). Además, las cesáreas a solicitud de la madre deben realizarse después de las 39 semanas de gestación y siempre y cuando se haya verificado que el feto ha culminado su madurez pulmonar para evitar la probabilidad que el recién nacido desencadene un problema respiratorio.

2.2.6 Técnica de operación cesárea

El paciente debe estar en posición supina con una leve lateralización para ubicar la cavidad uterina hacia el lado izquierdo lo que permite un adecuado retorno venoso.

a) Laparotomía de Pfannenstiel: Consiste en realizar una incisión transversa de 10 a 12 cm de longitud por encima del pubis. De la misma manera se diseca en forma transversa la hipodermis y la aponeurosis. Luego se hace la separación del plano muscular que está debajo de la aponeurosis iniciando en la línea media, realizando una adecuada hemostasia si se presenta sangrado de los vasos sanguíneos. Después se separa en sentido vertical los músculos rectos abdominales para poder reconocer el peritoneo parietal y se continúa avanzando hasta entrar en la cavidad peritoneal y llegar a identificar el segmento uterino. (25).

b) Histerotomía: Hace referencia a la incisión uterina y la que con mayor frecuencia se usa es la transversa baja, ya que una de sus ventajas es la presencia de un sangrado escaso y disminuir la posibilidad de ruptura uterina en los siguientes embarazos.

Una vez identificado el segmento uterino, que es de menor grosor y presenta una adherencia laxa al peritoneo visceral, se abre en forma transversal la hoja visceral del peritoneo y se avanza hasta visualizar la vejiga. El corte sobre la cavidad uterina se realiza transversalmente para no lesionar el paquete vascular del ligamento ancho.

Luego de ser expuesto, se secciona el amnios y se empieza a extraer el feto con mucho cuidado, teniendo en cuenta que las maniobras de extracción van a depender del tipo de presentación.

El alumbramiento manual no ha mostrado un mayor beneficio significativo cuando se compara con el alumbramiento espontáneo (26). Luego de extraer el tejido placentario, se revisa manualmente y con instrumento la cavidad uterina, con la intención de disminuir la posibilidad de que hay retención de restos ovulares. Finalizado el alumbramiento y hecho la revisión, en muchos casos se administra oxitocina o un fármaco similar, según protocolo del establecimiento de salud con la finalidad de evitar la hipotonía uterina.

c) Histerorrafia: Para el cierre en uno o dos planos a través de esta técnica se usa con mayor frecuencia la sutura continua. Otra forma de realizarse es utilizando una sutura discontinua de tipo invaginante.

La sutura que mayormente se usa es el catgut crómico o vicril. Según un estudio se determinó que hubo una disminución en el número de transfusiones en el grupo que utilizó catgut crómico ya que el sangrado es mínimo, pero los mismos autores mencionan que este hallazgo no implica un hecho categórico. En la actualidad el cierre del peritoneo visceral se puede realizar como no. Si éste se llega a realizar se utiliza una sutura continua o discontinua pero siempre con material reabsorbible. Cuando se finaliza la histerorrafia debe realizarse una revisión minuciosa si hay algún vaso

sangrando para hacer la hemostasia debida, de la misma manera se evalúa los anexos, se hace el recuento del material quirúrgico y compresas de gasa y por ultimo hacer un lavado de la cavidad pelviana con abundante agua estéril.

El cierre del peritoneo parietal se lleva a cabo con una sutura continua con material reabsorbible afrontándolo junto al musculo recto abdominal.

La aponeurosis es un tejido muy delicado que se debe cerrar con vicril u otro material reabsorbible a través de la sutura continua. Se debe tener cuidado con la hemostasia ya que siempre hay el riesgo de sangrado de las arterias perforantes y con ello se puede formar un coagulo de hematoma debajo de la aponeurosis.

Antes de realizar el cierre del tejido celular subcutáneo con sutura discontinua y con material reabsorbible, primero se debe realizar una adecuada hemostasia. Se recomienda que la piel sea afrontada con sutura subdérmica o en caso contrario con puntos separados. Cuando se utilice material no reabsorbible se debe retirar pasado 7 a 10 días después de realizar la operación.

2.2.7 Complicaciones

Cuando se compara con el parto por vía vaginal, tanto la mortalidad como la morbilidad materna aumentan con la realización de un parto por cesárea hasta casi el doble y esto se cumple para todo tipo de complicación que se genera después de un parto por cesárea (27). La mortalidad materna presenta una tasa general de 6 a 22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, donde alrededor de un 30-50% de las muertes maternas posterior al parto por cesárea son atribuibles directamente a la intervención quirúrgica.

Parte de este alto índice de mortalidad tiene que ver con las condiciones en las cuales es llevado este procedimiento quirúrgico y los motivos por los cuales se decidió culminar el embarazo por medio de la cesárea.

Las principales causas de esta morbilidad y mortalidad pueden estar asociadas a procesos secuelares de una infección, tromboembolismo, complicaciones de la anestesia y iatrogenia quirúrgica.

2.2.8 Definición de conceptos operacionales

Las variables de estudio que se consideraron en el presente trabajo fueron los siguientes:

Edad: está determinado por los años cumplidos expresado en números, con una escala de medición tipo cuantitativa.

Estado civil: representa en que situación jurídica se encuentra la gestante, es una variable nominal tipo cualitativa.

Prevalencia de cesáreas: expresa la cantidad de intervenciones quirúrgicas realizadas en el total de gestantes en un determinado periodo.

Edad gestacional: viene a ser el tiempo de gestación medido en semanas, a partir de la fecha de última regla hasta el momento del parto.

Indicación de cesárea: es la causa que determinó la realización de la cesárea.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio de investigación de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo retrospectivo corte descriptivo.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Unidad de análisis

Se consideraron como unidad de análisis a cada una de las historias clínicas de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central en el periodo Enero-Diciembre del 2018.

3.2.2 Población y tamaño de muestra

La población de estudio viene a ser todas las historias clínicas de las gestantes que culminaron su embarazo por medio de una cesárea programada o de emergencia en las instalaciones del Hospital Militar Central en el periodo Enero-Diciembre del 2018, y el tamaño de la muestra está conformado por 382 gestantes que fueron sometidas a cesárea en dicho hospital.

3.2.3 Criterios de Inclusión

Aquellas historias clínicas de las gestantes a quienes se les realizó una cesárea en el Hospital Militar Central durante el periodo Enero-Diciembre del 2018.

3.2.4 Criterios de Exclusión

Serán excluidas del presente trabajo aquellas historias clínicas que presenten:

Registro incompleto y/o ilegible de los datos en el libro de reportes de cirugía de sala de operaciones.

Diagnóstico principal de indicación de la operación cesárea no precisada en el libro de cirugías de sala de operaciones.

Indicaciones de cesárea que no guarden correlación entre el diagnóstico prequirúrgico y el postquirúrgico.

3.3 Operacionalización de variables

Ver anexo.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se hizo uso de una ficha elaborada para recolectar los datos (Anexo 3), el cual sirvió como registro de la información recopilada de las historias clínicas y del libro de registro de partos del servicio de Gineco-obstetricia, estos datos fueron revisados minuciosamente antes de ser ingresados en la ficha de recolección de datos para evitar errores de legibilidad con relación a la fuente de información.

3.5 Plan de Trabajo

En primer lugar se hizo el trámite respectivo del permiso autorizado por el director del Hospital Militar Central para llevar a cabo el presente estudio. Del mismo modo, se dio conocimiento al jefe del servicio de Gineco-obstetricia y a la jefa de obstetras de dicho hospital para hacer uso del libro de registros de partos (Anexo 2).

Las historias clínicas de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central en el periodo Enero-Diciembre del 2018 fueron usadas como única fuente de información, y revisando el libro de registro de partos correspondiente a ese año se logró recopilar datos de suma importancia. La información que se obtuvo fue registrada en una ficha de recolección de datos elaborada para el presente estudio.

3.6 Procesamiento y análisis de datos

Se hizo uso de los mecanismos dados por la estadística descriptiva e inferencial con un 95% de confiabilidad. Se realizó la organización de los datos en tablas y gráficos y por medio de medidas de dispersión y tendencia central se expresaron los resultados. Con ayuda del programa SPSS versión 22 se realizó el procesamiento de todos los datos obtenidos.

3.7 Consideraciones Éticas

El estudio se presentará al Comité de investigación del Hospital Militar Central para su aprobación. Debido a que se utilizó la base de datos proporcionado por el mismo hospital no fue indispensable tomar el consentimiento informado de las pacientes. Se mantendrá la confidencialidad de la información utilizada en el estudio.

4. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Militar Central y estuvo determinado por una población total de 382 pacientes sometidas a cesárea y quienes fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia durante el periodo de enero a diciembre del año 2018.

➤ Prevalencia de cesáreas

Según la fórmula de prevalencia de cesárea obtenemos lo siguiente:

Prevalencia de cesárea: $\frac{\text{Nº de partos atendidos por cesárea} \times 100}{\text{Total de partos}}$

Total de partos

Prevalencia de cesárea: $\frac{382 \times 100}{574} = 66,6\%$

En la tabla y gráfico N°1 del presente estudio llevado a cabo en gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Militar Central, de una población de 574 pacientes, se observa que 382 fueron sometidas a cesáreas y 192 tuvieron parto por vía vaginal. Con lo cual se obtuvo una prevalencia de 66,6% de cesáreas.

Tabla N°1: Prevalencia de cesáreas en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Partos por cesárea	382	66.6
Partos por vía vaginal	192	33.4
Total	574	

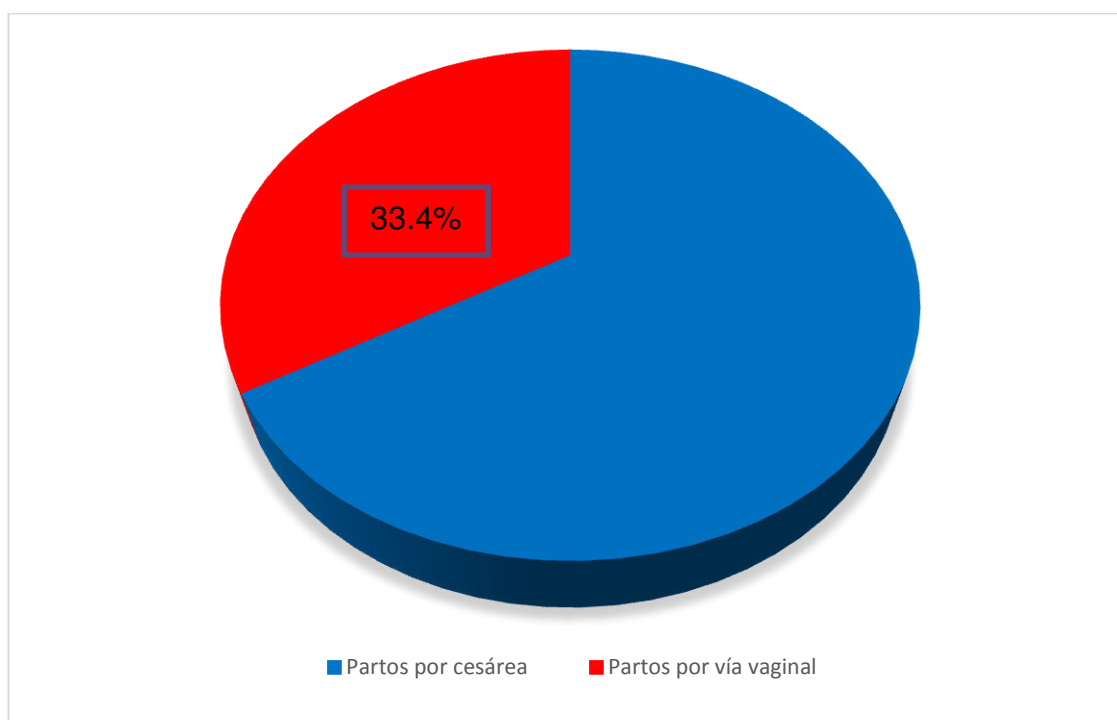


Gráfico N°1: Prevalencia de cesáreas en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

➤ **Edad**

En la tabla N°2 se evidencia que en el estudio realizado en 382 gestantes en quienes se realizó cesárea se determinó un promedio o media de 30.4 años; de igual manera, la mediana tuvo un valor de 31, es decir, la mitad de los pacientes presentaron menos de 31 años y el 50% restante, más de 31 años; la edad con mayor frecuencia encontrada (moda) fue de 32 años, mientras que la mínima y máxima fueron 17 y 42 años respectivamente.

Tabla N°2: Medidas de tendencia central de la edad de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Medidas de tendencia	
Media	30.42
Mediana	31
Moda	32
Desviación estándar	5.98
Mínimo	17
Máximo	42

En el Gráfico N°2 observamos que de una población de 382 gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central en el periodo de enero a diciembre del 2018, con relación a la edad encontramos que la mayoría de gestantes presentan una edad de 27 a 33 años, seguidos del grupo de 21 a 24 años. Además en menor frecuencia encontramos la edad de 17,18 y 19 años.

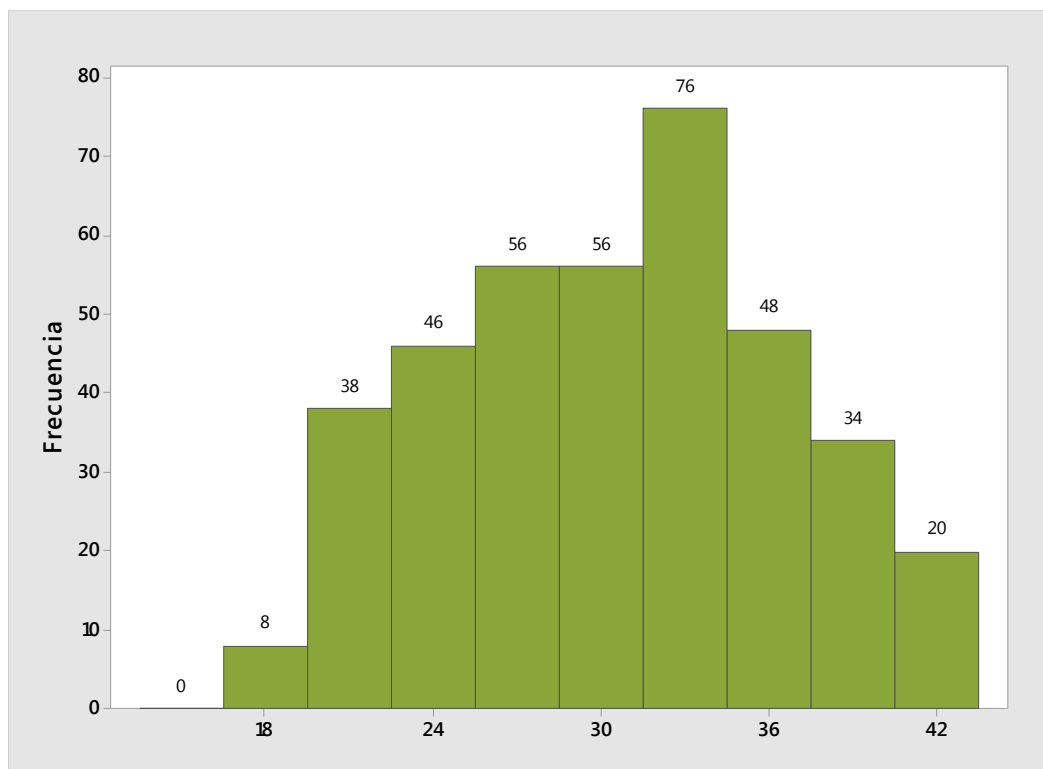


Gráfico N°2: Distribución mediante histograma de la edad de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

➤ Grupos etarios

En la tabla N°3 del presente estudio llevado a cabo en 382 pacientes sometidas a operación cesárea se aprecia que según el grupo etario, es en el grupo de edad materna intermedia (19 a 35 años) donde se realizaron el mayor porcentaje de cesáreas con un 77,5%; seguido de edad materna avanzada (35 años a más) con un porcentaje de 21,5% y en último lugar el grupo de madres adolescentes (menores de 19 años) con un 1%.

Tabla N°3: Distribución en grupos etarios de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
Madres adolescentes menores a 19 años	4	1.0
Edad materna intermedia 19-35 años	296	77.5
Edad eterna avanzada más de 35 años	82	21.5
Total	382	

En el Gráfico N°3 se determina con respecto al grupo etario, que la mayor frecuencia encontrada en la muestra estudiada corresponde al grupo de edad materna intermedia, seguido del grupo de edad materna avanzada, y en tercer lugar el grupo de madres adolescentes.

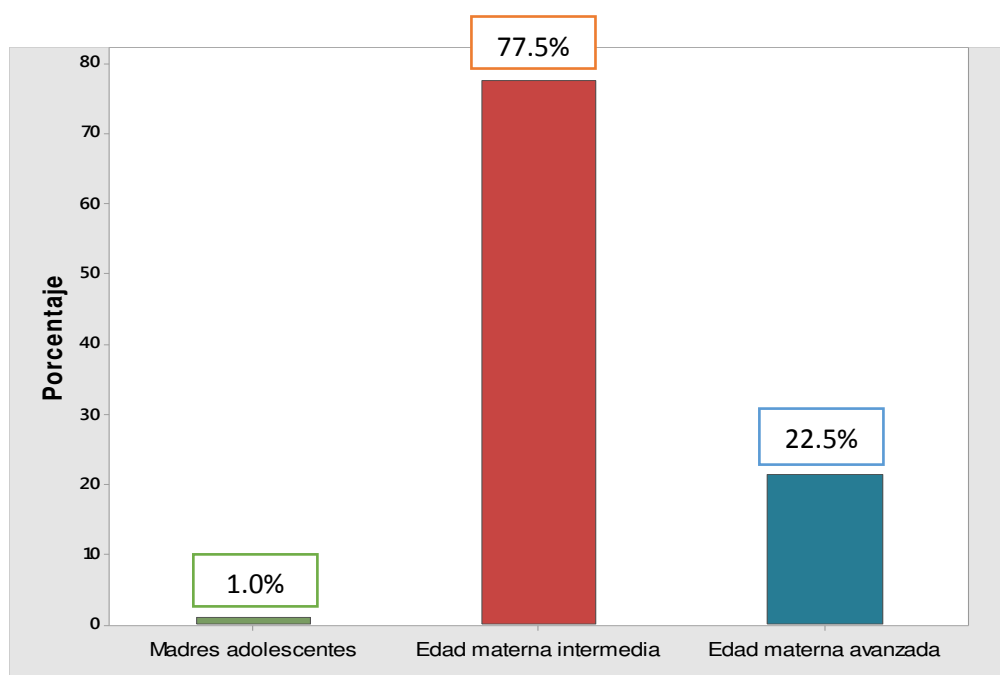


Gráfico N°3: Distribución en grupos etarios de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

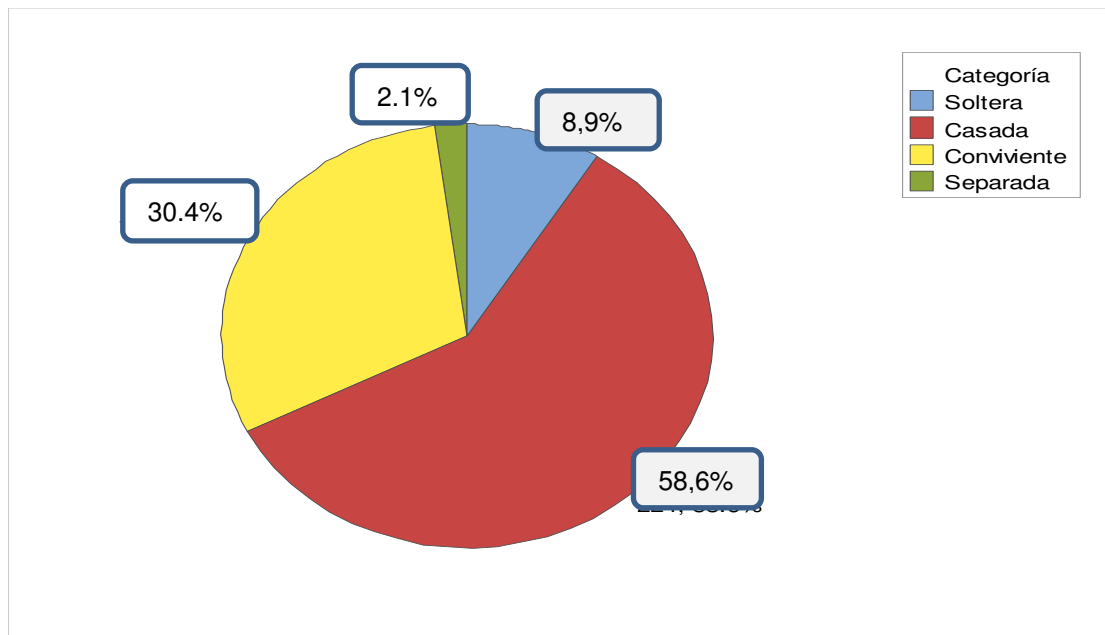
➤ **Estado civil**

En la Tabla N°4 se señala con respecto al estado civil, que de las 382 pacientes sometidas a cesárea el 58,6% de las gestantes eran casadas, el 30,4% casadas; mientras que el 8,9% eran solteras, del mismo modo se encontró que el 2,1% estaban separadas.

Tabla N°4: Estado civil de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Soltera	34	8.9	8.9	8.9
Casada	224	58.6	58.6	67.5
Conviviente	116	30.4	30.4	97.9
Separada	8	2.1	2.1	100.0
Total	382			

En el Gráfico N°4 en relación al estado civil se visualiza, que el grupo de mayor frecuencia está representado por las gestantes casadas, seguido del grupo de convivientes, luego vienen las gestantes solteras y en menor frecuencia las separadas.



Gráfica N°4: Estado civil de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

➤ **Edad gestacional**

En la Tabla N°5 del presente estudio se muestra que en relación a las edades gestacionales, la edad gestacional predominante fue de 37 semanas con 176 pacientes representando un 46,1%, seguido de 38 semanas con un 27,2%, en tercer lugar se ubicó la edad gestacional de 39 semanas con 11%. Además se encontró que el grupo de 35 semanas fue el de menor porcentaje.

Tabla N°5: Edad gestacional de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
35 semanas	2	0.5	0.5	0.5
36 semanas	10	2.6	2.6	3.1
37 semanas	176	46.1	46.1	49.2
38 semanas	104	27.2	27.2	76.4
39 semanas	42	11.0	11.0	87.4
40 semanas	32	8.4	8.4	95.8
41 semanas	16	4.2	4.2	100.0
Total	382			

En el Gráfico N°5 se manifiesta que el grupo de edad gestacional de 37 semanas es el que predomina en cuanto a frecuencia, seguido de 38 semanas y en tercer lugar se ubicó 39 semanas.

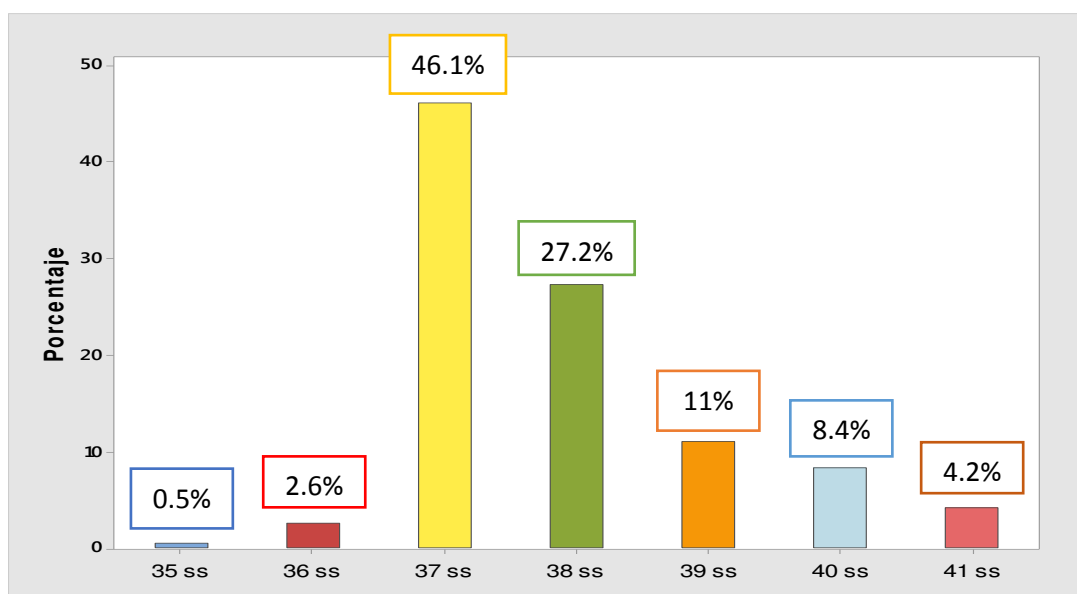


Gráfico N°5: Edad gestacional de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

En la Tabla N°6 con respecto a los rangos de edad gestacional se aprecia que el grupo de edad gestacional a término ocupó el mayor porcentaje con un 96,9%, seguido del grupo de gestación pretérmino con un 3,1%. No se encontraron gestaciones pos término en la muestra estudiada.

Tabla N°6: Edad gestacional agrupada de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Edad gestacional agrupada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Pretérmino	12	3.1	3.1	3.1
A término	370	96.9	96.9	100.0
Pos-término	0	0	0	100.0
Total	382			

En el Gráfico N°6 del presente estudio llevado a cabo en 382 gestantes sometidas a cesárea, se determinó que de los neonatos nacidos por cesárea predominantemente fueron recién nacidos a término ya que las madres se encontraban en dicho grupo de edad gestacional, y en menor proporción el grupo de recién nacidos pretérmino.

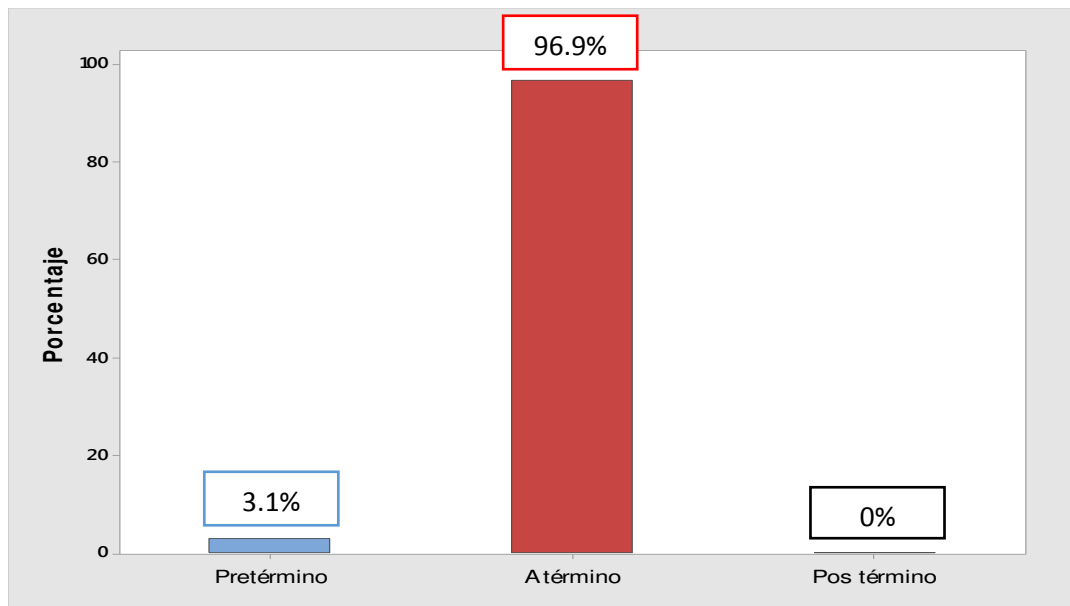


Gráfico N°6: Edad gestacional agrupada de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

➤ **Numero de gestaciones (Gravidez)**

En la tabla N°7 se evidencia que en relación al número de gestaciones, el 43,5% de pacientes cursaban por su primera gestación (primigestas), para el 37,2% era su segunda gestación (segundigestas), el 14,1% presentaba su tercera gestación (tercigestas), por último el 4,7% y el 2% presentaban su cuarta y quinta gestación respectivamente.

Tabla N°7: Número de gestaciones de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

N° de gestaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1	166	43.5	43.5	43.5
2	142	37.2	37.2	80.7
3	54	14.1	14.1	94.8
4	18	4.7	4.7	99.5
5	2	0.5	0.5	100
Total	382			

El Grafico N°7 del presente estudio nos señala que, de una muestra de 382 gestantes sometidas a cesárea, con respecto al número de gestaciones, el mayor porcentaje lo ocupó el grupo de gestantes primigestas con el 43.5%, seguido del grupo de segundigestas con el 37.2%, luego el grupo de tercigestas con el 14.1%, y en menor proporción el grupo de multigestas con el 5.2%.

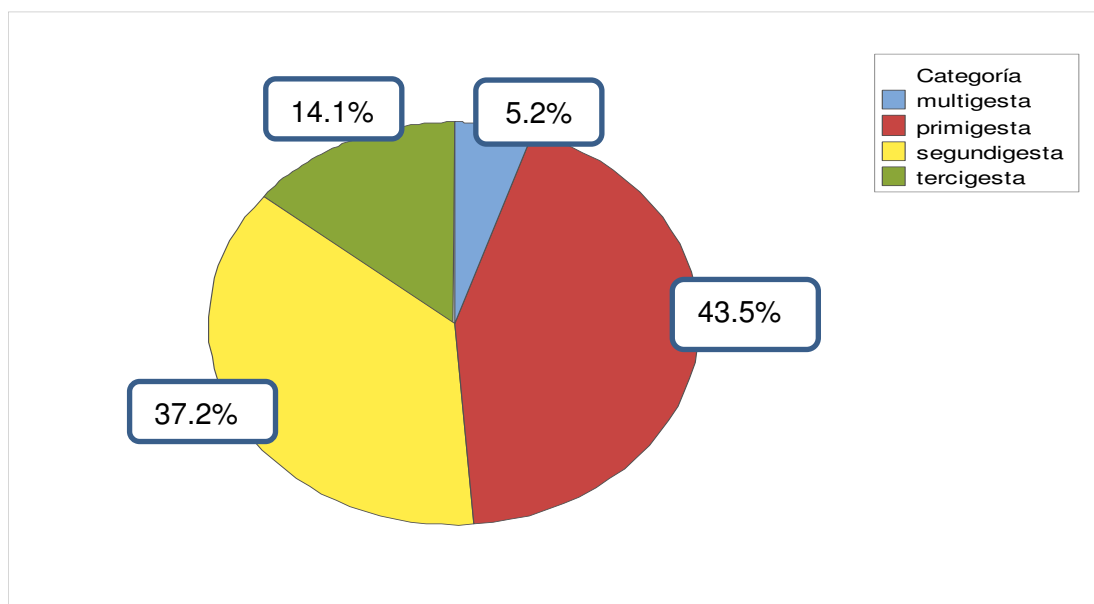


Gráfico N°7: Número de gestaciones de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

➤ Indicaciones de cesárea

En el Tabla N°8 del presente estudio que tuvo como muestra a 382 gestantes sometidas a cesárea, podemos identificar que la indicación por cesárea anterior fue la más frecuente con el 36,1%, seguida de macrosomía fetal con el 11%, luego se ubica distocia de presentación con el 6,3%, seguido de ruptura prematura de membranas con el 5,8%, sufrimiento fetal agudo con el 5,2% y gestante añosa con el 4,7%.

Le siguen periodo intergenésico corto con el 4,2%, insuficiencia utero placentaria y pelvis estrecha ambos con el 3,7%, mala actitud fetal y placenta de inserción baja ambos con el 3,1%, luego con 2,1% se encuentran miomatosis uterina, preeclampsia y embarazo en vías de prolongación. En mínimas proporciones encontramos a desprendimiento prematuro de placenta, oligoamnios severo, gestación doble, cirugía previa del cérvix, cardiopatía materna y colestasis intrahepática gestacional en el rango de 0,5-1,6%

Tabla N°8: Indicaciones de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Indicaciones de cesárea	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Cesárea anterior	138	36.1	36.1	36.1
Macrosomía fetal	42	11.0	11.0	47.1
Distocia de presentación	24	6.3	6.3	53.4
Ruptura prematura de membranas	22	5.8	5.8	59.2
Sufrimiento fetal agudo	20	5.2	5.2	64.4
Gestante añosa	18	4.7	4.7	69.1
Periodo intergenésico corto	16	4.2	4.2	73.3
Insuficiencia útero placentaria	14	3.7	3.7	77.0
Pelvis estrecha	14	3.7	3.7	80.7
Mala actitud fetal	12	3.1	3.1	83.8
Placenta de inserción baja	12	3.1	3.1	86.9
Preeclampsia	8	2.1	2.1	89.0
Miomatosis uterina	8	2.1	2.1	91.1
Embarazo en vías de prolongación	8	2.1	2.1	93.2
Desprendimiento prematuro de placenta	6	1.6	1.6	94.8
Oligoamnios severo	6	1.6	1.6	96.5
Cirugía previa del cervix	4	1.0	1.0	97.5
Cardiopatía materna	4	1.0	1.0	98.5
Gestación doble	4	1.0	1.0	99.5
Colestasis intrahepática	2	0.5	0.5	100.0

gestacional				
Total	382			

En el Gráfico N°8 se muestra que la indicación por cesárea anterior fue la más frecuente, seguida de macrosomía fetal, distocia de presentación, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal agudo y gestante añosa; luego se ubica periodo intergenésico corto, insuficiencia placentaria, pelvis estrecha seguido de mala actitud fetal y placenta de inserción baja entre los más resaltantes.

Menos frecuentes son en cambio miomatosis uterina, preeclampsia y embarazo en vías de prolongación, en seguida se encuentran indicaciones en proporciones mínimas: desprendimiento prematuro de placenta, oligoamnios severo, gestación doble, cirugía previa del cérvix, cardiopatía materna y colestasis intrahepática gestacional.

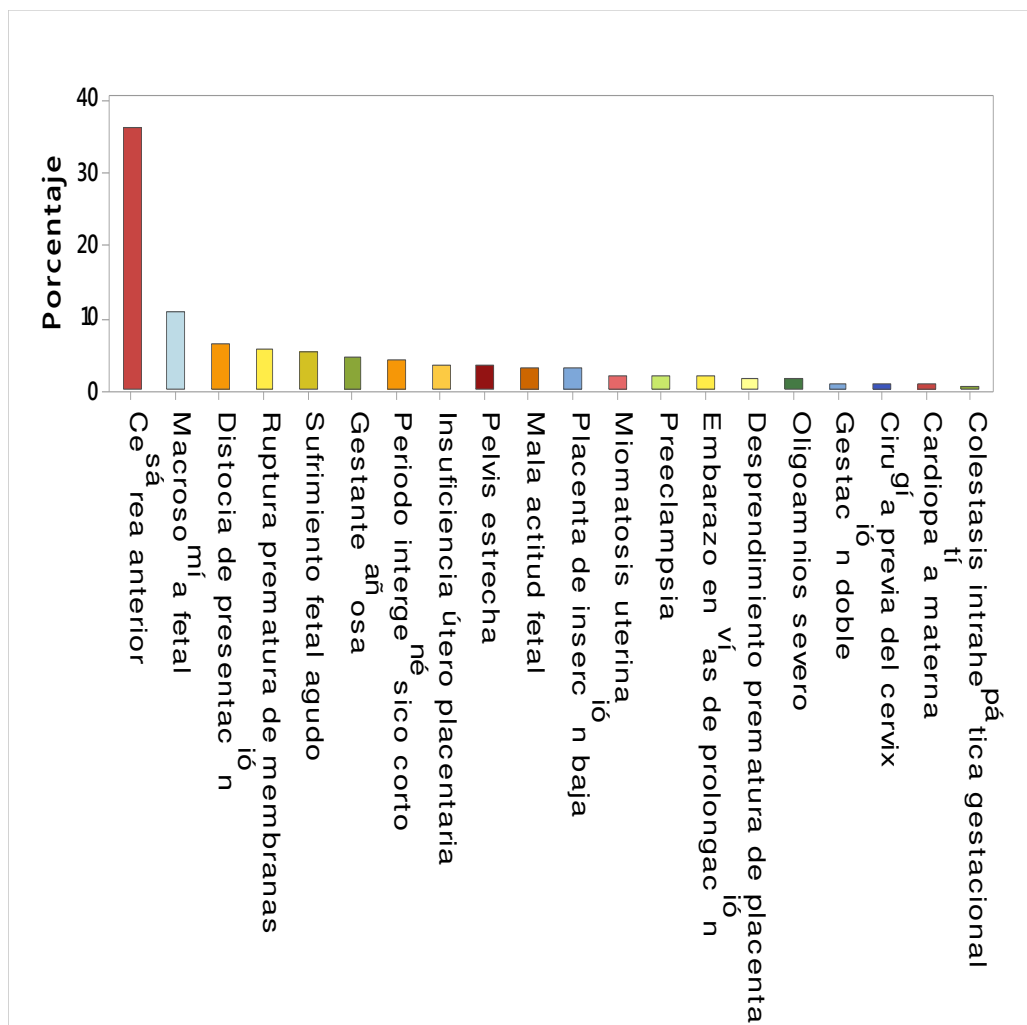


Gráfico N°8: Indicaciones de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

En la Tabla N°9 del actual estudio llevado a cabo en 382 gestantes sometidas a cesárea, se muestra que en relación a las indicaciones de cesárea agrupadas según sus causas, el 48,7% pertenecen a causas maternas, el 30,9% a causas fetales, el 13,6% a causas ovulares, y un 6,8% a causas materno-fetales.

Tabla N°9: Indicaciones de cesárea agrupadas según causa en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Indicaciones agrupadas según causa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Causas maternas	186	48.7	48.7	48.7
Causas fetales	118	30.9	30.9	79.6
Causas ovulares	52	13.6	13.6	93.2
Causas materno-fetales	26	6.8	6.8	100.0
Total	382			

En el Gráfico N°9 encontramos con respecto a las indicaciones de cesáreas agrupadas según su causa, que la mayor proporción pertenecen a causas maternas, seguido de causas fetales, luego de causas ovulares; y por ultimo están las de causas materno-fetales.

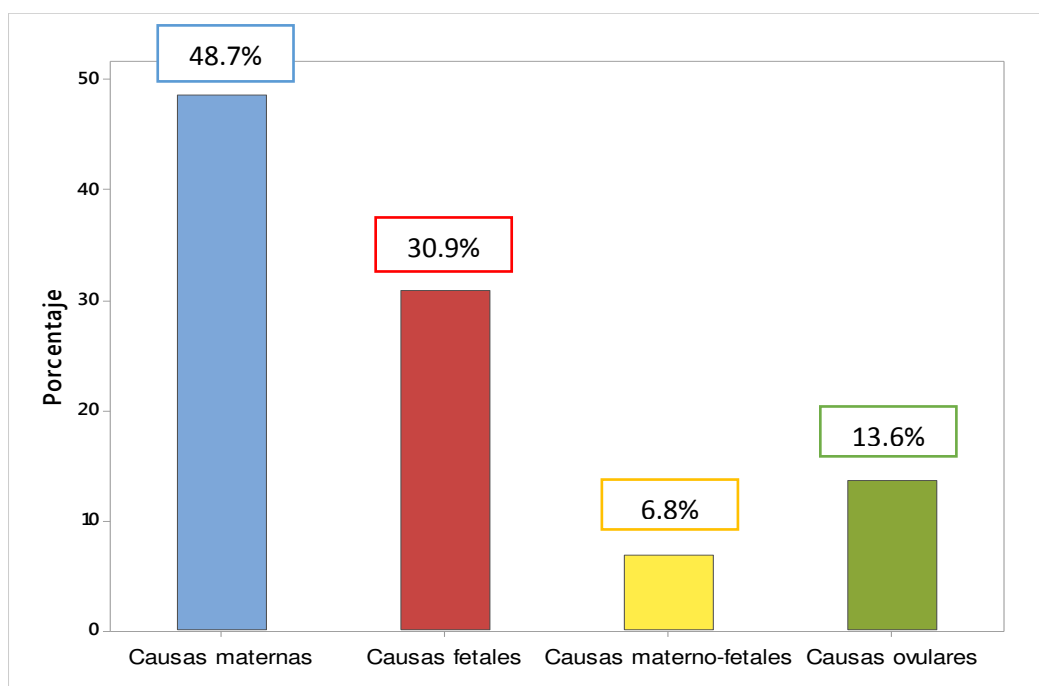


Gráfico N°9: Indicaciones de cesárea agrupadas según causa en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

➤ **Tipo de cesárea**

En la tabla y gráfico N°10 de la muestra representada por 382 mujeres sometidas a cesárea, según el tipo de cesárea se evidencia que el 74,3% fueron cesáreas de emergencia, mientras que el 25,7% fueron cesáreas electivas.

Tabla N°10: Tipo de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

Tipo de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	284	74.3
Electiva	98	25.7
Total	382	

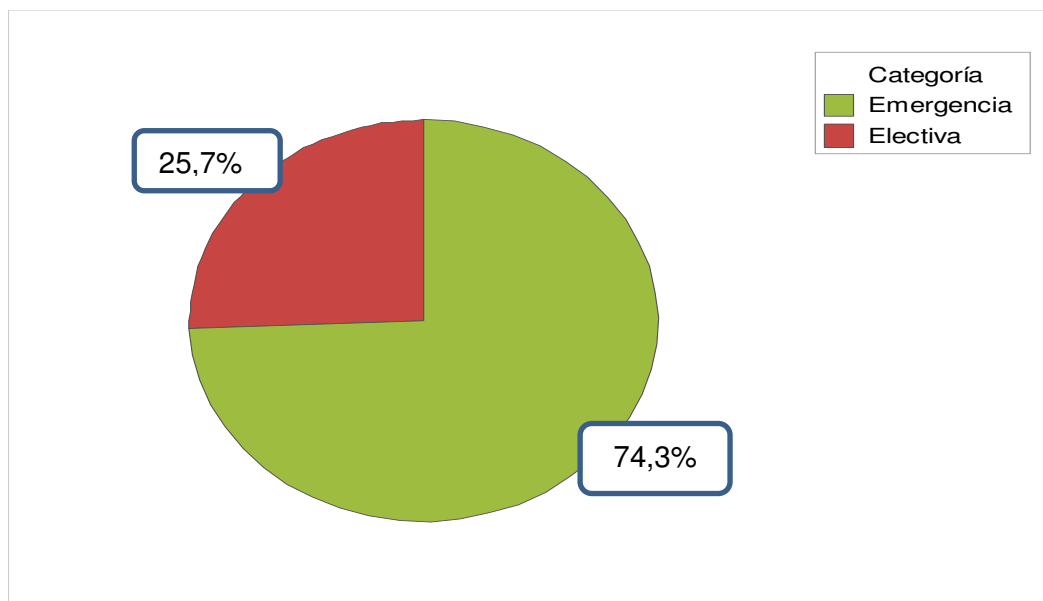


Gráfico N°10: Tipo de cesárea en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central durante el año 2018

5. DISCUSION

En el presente estudio se analizaron 382 historias clínicas de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central, durante el periodo Enero a Diciembre del año 2018.

La prevalencia de cesáreas encontrada en el presente estudio fue de 66,6% (Gráfico N°01), de acuerdo con la tasa anual de prevalencia aplicada en nuestro estudio. Este resultado es altamente superior a lo establecido por la OMS que recomienda que la tasa de cesárea no supere el 15%, ya que por ser una intervención quirúrgica que solo se debe realizar cuando es necesario salvaguardar la vida de la madre y el recién nacido, además llevaron a cabo revisiones donde concluyen que las tasas de prevalencia mayores al 10% no ayudan a reducir las tasas de mortalidad materna y/o neonatal (1). A su vez este resultado es muy parecido a los que encontró Gladys Patiño en su trabajo realizado en 14 hospitales de ESSALUD (58,76%) y MINSA (49,52%) durante el año 2011 y de igual manera la prevalencia encontrada también está por encima de la tasa de cesáreas que según ENDES (2014) fue del 28,6% a nivel nacional. (3)

Esta información resulta perjudicial no solo para dicho hospital sino también para la salud pública de nuestro país ya que en últimas revisiones se ha descubierto que la cesárea actúa como un modificador ambiental que junto con la predisposición genética del nuevo individuo va a dar lugar a cambios epigenéticos que participan en la génesis de enfermedades cada vez más prevalentes en niños y adolescentes como el síndrome metabólico (obesidad), alteraciones inmunológicas (asma) y trastornos del neurodesarrollo. Todo esto debido a que en una cesárea no se produce el contacto del bebé con la flora vaginal materna normal sino por el contrario con flora cutánea materna y hospitalaria que altera enormemente la microbiota intestinal del neonato.

Según las características de la edad materna de las mujeres sometidas a cesárea se halló que la edad promedio es de 30,42 y una mediana de 31, y

cuando se agrupan en edades de 19 – 35 años, este equivale al 77.5%, cuyo porcentaje es similar al que se obtuvo en el estudio de Edgar Galvez llevado a cabo en el Hospital San José del Callao donde el 74% de las pacientes se encontraban rango de edad de 20-34 años. Del mismo modo los resultados de nuestro estudio equivalen a los encontrados por Walter Carpio en el Hospital Naylamp de EsSalud Chiclayo con una edad media de 29,79. Esta situación es relevante debido a que la edad materna aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo tanto en madres adolescentes como en madres de edad avanzada ya que podrían presentar complicaciones obstétricas por los cuales se tendría que culminar la gestación por cesárea. (28,29)

De acuerdo con el estado civil de las pacientes participantes en el presente estudio, las gestantes convivientes representan el 30,4%, las casadas son el 58,6%; y el 8,9% son solteras, a su vez se halló que un 2,1% estaban separadas (Tabla N°04). Los resultados encontrados son equivalentes a lo determinado en el trabajo de Carpio Barón y cols. en el cual el porcentaje de casadas fue de 50.9% de una población de 1200 pacientes. Por el contrario en la investigación de Queiroz y cols. se encontró que el 58.4% de las gestantes sometidas a cesárea eran convivientes. (4)

En relación a la edad gestacional se encontró que el 46,1% de las gestantes presentaba una edad gestacional de 37 semanas (Tabla N°05); en cuanto a los nacimientos el 96,9% de los recién nacidos fueron a término ya que las gestantes presentaban embarazos entre 37 y 40 semanas, y el 3,1% correspondió a gestantes con menos de 37 semanas por lo cual los recién nacidos fueron pretérminos (Tabla N°06), cabe resaltar que no se realizaron cesáreas en gestaciones posttérmino. De acuerdo con Gálvez Liñan el 81,3% de las gestantes participantes en su estudio presentaban una edad gestacional de 37 a 40 semanas, del mismo modo Carpio Barón encontró que el 90,9% de las gestantes sometidas a cesárea correspondían a gestaciones a término. (4,5)

Con respecto al número de gestaciones, el grupo con mayor porcentaje fue el de las primigestas con un 43,5%, seguido del grupo de segundigestas que

representa el 37,2%, el grupo de tercigestas equivale al 14,1% y por último el 5,2% corresponde al grupo de multigestas (Tabla N°08). Estos resultados se asemejan a lo encontrado por Astudillo Jarrín en el estudio llevado a cabo en Ecuador en el 2011 donde evidenció que el grupo predominante era el de las primigestas con un 47,8%; del mismo modo de acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de EEUU en el año 2010 el 32,8% de las cesáreas se realizaron en primigestas .(31)

Según con las indicaciones de cesáreas, tenemos en primer lugar la presencia de cesárea anterior con un 36,1%, en segundo lugar está macrosomía fetal con un 11,0%, luego tenemos a distocia de presentación con un 6.3% y ruptura prematura de membranas con un 5.8% entre los más importantes (Tabla N°09). De acuerdo con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos se recomienda primero realizar el parto por vía vaginal en aquellos casos que presentan cesárea anterior, siempre y cuando no se presenten las siguientes situaciones: feto macrosómico (>4000 gramos), que no se pueda monitorear el estado de salud de la madre o el recién nacido por falta de un anestesiólogo o un neonatólogo. (24,30)

Estos resultados se asemejan con lo encontrado por Carpio Barón quien señala que la cesárea anterior equivale al 23,4% de las indicaciones de cesárea. De igual manera que en el trabajo de Gálvez Liñán donde el sufrimiento fetal representó el 7% y en nuestro estudio se determinó que el 5,2% corresponde a esta indicación; y en el estudio de Albornoz Aliaga realizado el 2013 en Lima el trabajo de parto disfuncional (distocia de presentación) como indicación de cesárea alcanzó un porcentaje de 4,1% cuyo valor es muy similar con respecto al nuestro. También en el mismo estudio se encontró que el 9% de las indicaciones de cesárea correspondían a la desproporción céfalo-pélvica, porcentaje muy lejano a lo encontrado en nuestro trabajo en el cual la indicación de pelvis estrecha representa sólo el 3.7%. (4,5,8)

Con relación al tipo de cesárea, se determinó que de las 382 gestantes sometidas a cesárea el 25,7% (98 pacientes) terminó su gestación a través de una cesárea electiva, y al 74,3% de las pacientes se les tuvo que realizar

cesárea de emergencia. Resultados similares fueron encontrados en el estudio de Daira Patiño, et al en el Hospital José Carrasco Arteaga en donde el 35,13% fue cesárea electiva y el 64,87% fue de emergencia; por el contrario nuestros datos no concuerdan con lo encontrado por Edgar Gálvez en el cual la cesárea electiva estuvo representado por el 56,8% y la de emergencia fue de 43,2%. (5,21)

6. CONCLUSIONES

- La prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central en el periodo de enero a diciembre del 2018 fue de 66,6%.
- El 77,5% de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central en el periodo de enero a diciembre del 2018 se encontraban en el grupo etario de edad materna intermedio (19 a 35 años).
- La edad gestacional de 37 semanas fue la más frecuente en las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Militar Central con un 46,1%, además el 96,9% de las pacientes eran gestantes a término.
- El principal grupo de gestantes participantes en nuestro estudio fue el grupo de primigestas con un 43,5%.
- La cesárea anterior con un 36,1% fue la indicación de cesárea más frecuente encontrada en nuestro estudio.
- El mayor porcentaje de cesáreas se realizaron debido a una causa materna.
- La mayoría de cesáreas realizadas en el Hospital Militar Central en el periodo de enero a diciembre del 2018 fueron cesáreas de emergencia que representó el 74,3%.

7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda la creación de un comité para el análisis de la intervención cesárea en el Hospital Militar Central con el objetivo de garantizar la pertinencia en la decisión y seguridad de la operación cesárea.
- Permitir que las gestantes con cesárea previa tengan la posibilidad de realizar el parto por vía vaginal, habiendo descartado cualquier tipo de contraindicación y bajo el consentimiento informado de la gestante.
- El personal de salud debe conocer que las cesáreas innecesarias constituyen un factor de riesgo que aumenta la tasa de morbilidad materno-fetal.
- Mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de concientizar a las gestantes sobre los beneficios que se dan en los bebés nacidos por parto vaginal.
- Promover en las gestantes, sobre todo en las adolescentes, la difusión acerca de los riesgos y consecuencias que conlleva realizar una cesárea haciendo uso de folletos u otros medios.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Suiza: OMS; Abril 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Programas y proyectos.
2. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, et al. Cesarean section delivery in the 2000s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Feb. 170(2):495-504.
3. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Perú, 2011. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf
4. Carpio BW. Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud –Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2014. Chiclayo-Perú ,2015. Universidad de San Martín de Porres.
5. Gálvez LE. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos ,2014.
6. Núñez, J. M. B., Romero, O. E. V., Peredo, J. L., & Ulfe, J. P. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, (2014). 7(1), 6-12.
7. Manzano EG Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009 *Rev Horiz Med* 2011; 11(2):75.

8. Albornoz AL, Nivania GR Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2013.
9. Abad, P Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 50(4), 202-208. (2015).
10. MacDorman, M. F., Menacker, F., & Declercq, E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. Clinics in perinatology, (2012). (2), 293-307.
11. Estrada AC. Incidencia de cesáreas en un hospital general de zona. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 50(5), 517-522. (2012).
12. Pinto, SE, Gavilán AV, Miño LC. Incidencia e indicaciones de cesáreas. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011.
13. Librero, J., Peiró, S., Belda, A., & Calabuig, J. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. Revista Española de Salud Pública (2014),88 (3), 315-326.
14. Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. Zaragoza - España. Universidad de Zaragoza, 2014.
15. Astudillo JD, Guillén SC Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Período 2013. Cuenca-Ecuador. Universidad del Azuay, 2015.

16. Varas, J., Demetrio, A. M., Gayán, P., & Schmied, W. Indicación de operación cesárea: Desafío para los Servicios de Obstetricia y Ginecología. Rev Obstet Ginecol Hosp Dr. Luis Tisné Brousse, 3(3), 210-3. 2012.
17. Muñoz EJ, Rosales AE, Dominguez PG. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? .Ginecol Obstet Mex ,2011; 79(2):67-74.
18. Hernández GL, Salazar RM. Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con operación cesárea. Guatemala Universidad de San Carlos de Guatemala. 2014.
19. Morera S, Melvin. Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. Revista chilena de obstetricia y ginecología, (2013). 78(2), 119-125.
20. Casagrandi C, Perez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2010; 33(3): 1.
21. Daira P, Andrea P, Diana P. Estudio Descriptivo De Prevalencia y Correlación Clínico - Quirúrgico De Cesáreas En El Hospital "José Carrasco Arteaga" Año 2010. Ecuador: Universidad de Cuenca.Facultad de ciencias médicas escuela de medicina; 2011.
22. Weber CE. Postmortem cesarean section: review of the literature and case reports. Am J Obstet Gynecol. May 2010. 110(2):158-65
23. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014 Mar. 210(3):179-93.
24. ACOG Committee on Obstetric Practice. Cesarean delivery on maternal request. Apr 2013. Available at https://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions.

25. NIH State-of-the-Science Conference: Cesarean Delivery on Maternal Request; March 27-29, 2012; Bethesda, Md. NIH Consens Sci Statements.2012. Mar 27-29; 23(1):1–29. Available at <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.htm>.
26. Cunningham F., MacDonald P.,Gant N.,Leveno K.,Gilstrap L. Cesárea y cesárea con histerectomía. Williams Obstetricia 4ta edición español, Editorial Masson SA, Barcelona, España, 2011. 579-600.
27. Charles M. McCurdy, Jr., MD, Everett F. Magann, MD, Cynthia J. McCurdy, MD, and Andrew K. Saltzman, MD. The effect of placental management at cesarean delivery on operative blood loss. Am J ObstetGynecol 2010;167:1363-7
28. Landon MB. Vaginal birth after cesarean delivery. Clin Perinatol. 2008 Sep. 35(3):491-504, ix-x.
29. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2009;73:155-159.
30. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2010.
31. Lindo M et al. Parto vaginal en cesareada anterior: Experiencia de 4 años en un hospital de seguridad social. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 217-222, may. 2015. ISSN 2304-5132.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a partir desde que nace.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Se medirá en años.	Independiente cuantitativa	En años
Estado civil	Expresión jurídico político de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad.	Estado jurídico político al momento del estudio.	Independiente cualitativa	Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Cesárea	Intervención quirúrgica con el fin de extraer al feto a través de una incisión por vía abdominal.	Número de cesáreas realizadas durante un año	Dependiente Cuantitativa	Porcentajes
Indicación de cesárea	Causas que desencadenaron la realización de la cesárea.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica.	Independiente Cualitativa	Cesárea anterior Sufrimiento fetal agudo Mala presentación Etc
Edad gestacional	Duración de la gestación, a partir de La fecha de última regla de una menstruación normal hasta el parto.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica.	Independiente cuantitativa	<37 semanas 37-41 Semanas >42 semanas
Numero de gestaciones (gravidez)	Clasificación de la gestante según el número de gestaciones que ha tenido y que hayan terminado en parto y/o en aborto	Se definirá según lo expresado en la historia clínica.	Independiente cuantitativa	Primigesta Segundigesta Tercigesta Multigesta

ANEXO 02: CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR DE HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA AUTORIZAR EL ESTUDIO

Dr: Marcos Ibarcena

Director del Hospital Militar Central

De mi mayor consideración:

“Yo, Rene Vladimir Echajaya Sicha, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos y habiendo culminado mi internado médico en este hospital donde usted dirige, con el debido respeto me presento y expongo:

Que estoy desarrollando mi tesis para título de médico general titulada “Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de enero a diciembre del 2018”. Por lo que solicito se me autorice la ejecución de tesis y el acceso al libro de cirugías mayores de sala de operaciones con el fin de poder hacer la recolección de datos y culminar con mi tesis. Me comprometo a presentar los resultados del trabajo realizado al hospital para el beneficio del servicio y los pacientes. De antemano agradezco su colaboración. Sin otro particular, quedo de usted.”

Atentamente

Lima, 08 de diciembre del 2018

Rene Vladimir Echajaya Sicha

ANEXO 03: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1) Numero de historia clínica:

Fecha:

2) Edad:

3) Estado civil:

- a. Soltera
- b. Casada.
- c. Divorciada
- d. Conviviente
- e. Separada

4) Numero de gestación:

5) Cesáreas anteriores:

SI NO

Causa:

6) Edad Gestacional:

7) Indicación de Cesárea:

- Cesárea anterior
- Sufrimiento fetal
- Presentación podálica
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Otros:.....